



Republica Moldova

GUVERNUL

HOTĂRÂRE Nr. HG106/2022
din 23.02.2022

**cu privire la prescrierea și eliberarea
medicamentelor și dispozitivelor medicale
compensate din fondurile asigurării
obligatorii de asistență medicală**

Publicat : 04.03.2022 în MONITORUL OFICIAL Nr. 61-67 art. 153 Data intrării în vigoare

MODIFICAT

[HG8 din 10.01.24, MO20-23/18.01.24 art.24; în vigoare 01.04.24](#)

În temeiul art. 5 alin. (5) și art. 7¹ alin. (2) din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 1998, nr. 38-39, art. 280), cu modificările ulterioare, Guvernul HOTĂRĂȘTE:

1. Se aprobă:

1) Regulamentul privind prescrierea și eliberarea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, conform anexei nr. 1;

[Pct.1 subpct.1) modificat prin HG8 din 10.01.24, MO20-23/18.01.24 art.24; în vigoare 01.04.24]

2) Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii farmaceutice în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, conform anexei nr. 2;

3) Contractul-tip privind eliberarea medicamentelor și/sau dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, conform anexei nr. 3.

2. Compania Națională de Asigurări în Medicină va asigura contractarea prestatorilor de servicii farmaceutice în conformitate cu prevederile prezentei hotărâri.

3. Se abrogă Hotărârea Guvernului nr. 1372/2005 cu privire la modul de compensare a medicamentelor în condițiile asigurării obligatorii de asistență medicală (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2005, nr. 176-181, art. 1477), cu modificările ulterioare.

4. Prezenta hotărâre intră în vigoare la data publicării în Monitorul Oficial al Republicii Moldova.

PRIM-MINISTRU Natalia GAVRILIȚA

Contrasemnează:

Ministrul sănătății Ala Nemerenco

Ministrul finanțelor Dumitru Budianschi

Nr. 106. Chișinău, 23 februarie 2022.

Anexa nr. 1

la Hotărârea Guvernului nr. 106/2022

REGULAMENT

privind prescrierea și eliberarea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală

I. DISPOZIȚII GENERALE

1. Regulamentul privind prescrierea și eliberarea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare - *Regulament*) stabilește modul de prescriere și eliberare a medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate pentru tratamentul în condiții de ambulatoriu al persoanelor înregistrate la medicul de familie în conformitate cu Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

2. Prescrierea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate se efectuează în format electronic, conform prezentului Regulament, prin intermediul Sistemului informațional „eRețeta pentru medicamente și dispozitive medicale compensate” (în continuare - *SI „eRețeta”*), care constituie un modul/subsistem în cadrul Sistemului informațional integrat „Asigurarea obligatorie de asistență medicală”.

3. SI „eRețeta” este gestionat de Compania Națională de Asigurări în Medicină, al cărui obiectiv principal constă în digitalizarea procesului de prescriere a rețetei pentru medicamente și dispozitive medicale compensate și de eliberare a acestora.

4. Lista medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare - *Listă*), inclusiv sumele fixe pentru compensarea acestora, se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină și se publică în Monitorul Oficial al Republicii Moldova.

5. Compensarea medicamentelor și dispozitivelor medicale din Listă se efectuează în

limitele mijloacelor financiare prevăzute în legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul de gestiune.

II. PRESCRIEREA MEDICAMENTELOR

ȘI DISPOZITIVELOR MEDICALE COMPENSATE

6. Medicamentele și dispozitivele medicale compensate se prescriu persoanelor înregistrate la medicul de familie pentru a fi utilizate în condiții de ambulatoriu.

7. Dreptul de prescriere a medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate îl au:

1) medicii de familie, pentru persoanele înregistrate în cadrul prestatorului de asistență medicală primară;

2) medicii specialiști din cadrul asistenței medicale specializate de ambulatoriu, cu condiția înregistrării vizitei pacientului în Sistemul informațional „Asistența Medicală Primară”;

3) medicii specialiști din cadrul unităților de primiri urgențe (UPU) care dețin sistem informațional de evidență a serviciilor medicale, ca urmare a consultării persoanelor asigurate, fără indicație pentru spitalizare;

4) medicii care prestează servicii de îngrijiri medicale comunitare la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu (în continuare – *medici cu drept de prescriere*) din instituțiile medicale care au încheiat contract cu Compania Națională de Asigurări în Medicină pentru prestarea serviciilor în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare – *prestatori de servicii medicale*).

8. Medicii de familie au dreptul să prescrie toată gama de medicamente conform Clasificatorului Internațional al Maladiilor (CIM-10), iar medicii specialiști, numai conform codurilor CIM-10 caracteristice profilului.

9. Prestatorii de servicii medicale numesc, prin ordin intern, un administrator din cadrul instituției care gestionează lista utilizatorilor SI „eRețeta” și este responsabil de actualizarea datelor cu privire la angajarea, transferul, demisia/concedierea etc. a acestora în termen de 3 zile de la survenirea modificărilor.

10. După stabilirea diagnosticului și a schemei de tratament, medicul cu drept de prescriere verifică dacă medicamentele fac parte din Listă și corespund indicației terapeutice compensate. Ulterior, acesta asigură prescrierea medicamentelor în SI „eRețeta” și aplică semnătura electronică calificată.

11. În cazul vizitei la domiciliu, medicul prescrie medicamentele și dispozitivele medicale compensate pe formularul de rețetă, extras în prealabil din SI „eRețeta” în două exemplare, pe care aplică semnătura olografă și parafa personală.

12. În cazul copiilor până la vârsta de 16 ani sau la solicitarea pacientului, medicul cu drept de prescriere indică, suplimentar, în formularul de rețetă IDNP-ul reprezentantului

legal sau al persoanei nominalizate de către pacient să ridice medicamentele/dispozitivele medicale din farmacie, cu condiția prezentării acordului în scris pentru prelucrarea datelor cu caracter personal al persoanei nominalizate de către pacient.

13. Medicamentele compensate se prescriu exclusiv conform denumirii comune internaționale, iar dispozitivele medicale – conform denumirii comune din Listă, fără a menționa producătorul, modelul sau alte specificații.

14. Formularul de rețetă electronică se generează conform CIM-10. Pe un formular de rețetă pot fi prescrise atât medicamente, cât și dispozitive medicale compensate doar pentru un singur diagnostic. La prescrierea medicamentelor se ține cont de schema de tratament, iar în cazul dispozitivelor medicale – de norma de prescriere stabilită prin ordin al ministrului sănătății și directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină cu privire la aprobarea listelor de medicamente și dispozitive medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.

15. Pe un formular de rețetă completată olograf în timpul vizitei la domiciliu, se admite prescrierea unui singur medicament sau dispozitiv medical compensat.

16. Datele din rețeta prescrisă în timpul vizitei la domiciliu se introduc în SI „eRețeta” de către prestatorul de servicii farmaceutice, iar medicul este obligat să verifice corectitudinea completării formularului electronic și să semneze rețeta valorificată prin aplicarea semnăturii electronice calificate în termen de maximum 7 zile de la data introducerii acesteia în sistem.

17. La prescrierea medicamentelor compensate, medicul ține cont de schemele de tratament din protocoalele clinice naționale, standardele medicale de diagnostic și tratament, precum și de informația din rezumatul caracteristicilor produsului, aprobat de Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale.

18. Pentru tratamentul de durată, se prescriu medicamente în cantități necesare pentru cel mult trei luni.

19. Dispozitivele medicale compensate se prescriu în cantități ce nu depășesc necesarul pentru utilizare pe parcursul a trei luni, ținând cont de norma de eliberare per pacient, aprobată prin ordin al ministrului sănătății și directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.

20. Prescripția medicamentului indicat pentru tratamentul de durată este valabilă timp de 60 de zile, iar cea pentru tratamentul episodic – timp de 10 zile.

21. Medicamentele cu conținut de substanțe psihotrope și precursorii lor, care fac parte din Listă, se prescriu inclusiv pe formularele de rețetă nr. 2 pentru prescrierea și eliberarea medicamentelor cu conținut de stupefiante și psihotrope, conform modelului aprobat prin ordin al ministrului sănătății. Medicamentele din această categorie se prescriu pentru o perioadă de 30 de zile de tratament. Termenul de valabilitate al prescripției este de 30 de zile.

22. Medicul cu drept de prescriere va înregistra în Sistemul informațional

automatizat „Asistența Medicală Primară” sau la nivelul UPU și în fișa medicală de ambulatoriu a pacientului (formularul nr. 025/e, nr. 111/e, nr. 112/e) sau în altă documentație medicală de evidență utilizată în instituțiile de asistență medicală (formularul nr. 027/e, fișa UPU) argumentarea indicației, seria și numărul rețetei, denumirea preparatului, doza, cantitatea și durata tratamentului sau, după caz, denumirea și cantitatea dispozitivului medical prescris conform normei aprobate și utilizării raționale a acestuia potrivit necesității pacientului.

23. Medicul poate prescrie o altă rețetă pentru medicamentul/dispozitivul medical prescris anterior, dacă:

1) pacientul aflat în evidență cu o maladie cronică nu a beneficiat de medicamentul/dispozitivul medical prescris anterior, acest fapt fiind verificat în SI „eRețeta”;

2) pacientul dispune de rezerve de medicament/dispozitiv medical compensat pentru cel mult 7 zile de tratament;

3) termenul de valabilitate al rețetei a expirat și pacientul nu a valorificat cantitatea de medicamente/dispozitive medicale compensate prescrisă anterior.

24. Medicii de familie monitorizează evoluția stării de sănătate a pacienților aflați în evidență cu boli cronice și asigură continuitatea tratamentului cu medicamente și dispozitive medicale compensate în conformitate cu prevederile Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală. În cazul în care pacientul nu se prezintă pentru o nouă prescripție după o perioadă de trei luni, medicul de familie are obligația de a contacta pacientul pentru supravegherea continuității tratamentului în condiții de ambulatoriu.

III. ELIBERAREA MEDICAMENTELOR

ȘI DISPOZITIVELOR MEDICALE COMPENSATE

25. Dreptul de a elibera medicamente și dispozitive medicale compensate îl au farmaciile și filialele acestora care au încheiat contract cu Compania Națională de Asigurări în Medicină pentru prestarea serviciilor farmaceutice în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare – *prestatori de servicii farmaceutice*).

26. Prestatorii de servicii farmaceutice numesc, prin ordin intern, un administrator din cadrul instituției care gestionează lista utilizatorilor SI „eRețeta” și este responsabil de actualizarea datelor cu privire la angajarea, transferul, demisia/concedierea etc. a acestora în termen de 3 zile de la survenirea modificărilor.

27. Medicamentele și dispozitivele medicale compensate se eliberează prin intermediul SI „eRețeta” de către specialiștii prevăzuți în Legea nr.1456/1993 cu privire la activitatea farmaceutică.

28. Medicamentele și dispozitivele medicale compensate se eliberează pacientului/reprezentantului legal/persoanei nominalizate de pacient în baza prescripțiilor

cu termenele de valabilitate prevăzute în pct. 20 și 21, la prezentarea actului de identitate, după verificarea IDNP-ului și/sau scanarea codului de bare din rețeta electronică.

29. După constatarea corectitudinii prescripției, specialistul din cadrul farmaciei completează în SI „eRețeta” informația despre medicamentul selectat de către pacient din lista denumirilor comerciale în cadrul denumirilor comune internaționale prescrise, explică modul de administrare și eliberează medicamentele/dispozitivele medicale compensate.

30. Medicamentul eliberat trebuie să corespundă dozei, formei farmaceutice a denumirilor comune internaționale prescrise. Se interzice înlocuirea medicamentului/dispozitivului medical prescris în rețetă cu alt medicament/dispozitiv medical.

31. La prezentarea de către beneficiar a rețetei completate olograf, specialistul din cadrul farmaciei este obligat să introducă datele în SI „eRețeta” în strictă conformitate cu prescripția medicului și să asigure eliberarea medicamentului/dispozitivului medical prescris. Formularul de rețetă completat olograf se păstrează în farmacie timp de 45 de zile după semnarea de către medic a rețetei electronice introduse în SI „eRețeta”.

32. Medicamentele care au fost prescrise și pe formularul de rețetă nr.2 pentru prescrierea și eliberarea medicamentelor cu conținut de stupefiante și psihotrope se supun evidenței în modul stabilit prin ordin al ministrului sănătății.

33. În cazul depistării neconformităților de prescriere a medicamentului (depășirea dozei, cantității, necoresponderea vârstei pacientului cu cea eligibilă pentru administrarea denumirilor comune internaționale, interacțiuni inadmisibile ș.a.), specialistul din cadrul farmaciei informează medicul la numărul de telefon indicat în rețetă despre eroare și solicită corectarea prescripției.

34. Valorificarea rețetei electronice are loc per poziție de medicament sau dispozitiv medical și cantitatea acestuia, fapt consemnat prin semnătura electronică calificată a specialistului din cadrul farmaciei.

35. Cantitatea de medicament sau dispozitiv medical prescrisă poate fi diminuată la solicitarea pacientului sau în cazul lipsei în farmacie a cantității necesare, cu ulterioara valorificare a prescripției pe parcursul a maximum trei vizite la farmacie.

36. În cazul formelor farmaceutice solide perorale, dacă cantitatea de medicament prescrisă diferă de numărul de unități din ambalajul primar, dar nu mai mult decât cu 10 unități, specialistul din cadrul farmaciei eliberează ambalajul integru. Prețul se compensează conform cantității eliberate.

37. La denumirile comerciale de medicamente și dispozitive medicale compensate pentru care au fost negociate cu furnizorii prețurile de achiziție și semnate contracte cu Compania Națională de Asigurări în Medicină privind livrarea produsului către prestatorii de servicii farmaceutice la prețul negociat, prețul cu amănuntul nu va depăși prețul maxim cu amănuntul inclus în Lista denumirilor comerciale ale medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate.

IV. RAPORTAREA CĂTRE COMPANIA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI ÎN MEDICINĂ

38. Prestatorul de servicii farmaceutice prezintă lunar Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, prin intermediul sistemului „e-Factura”, factura fiscală lunară privind medicamentele și dispozitivele medicale compensate eliberate pe parcursul lunii precedente și validate de SI „eRețeta”.

39. Prestatorul de servicii farmaceutice prezintă, la solicitarea Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, date privind disponibilitatea sortimentului și prețurile la medicamentele și dispozitivele medicale compensate în farmacie.

V. DISPOZIȚII SPECIALE

40. Prestatorul de servicii medicale este obligat să organizeze prescrierea, iar prestatorul de servicii farmaceutice – eliberarea către pacienți a medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate conform prevederilor prezentului Regulament și ordinului ministrului sănătății și directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină cu privire la aprobarea listelor de medicamente și dispozitive medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.

41. Compania Națională de Asigurări în Medicină, prin intermediul SI „eRețeta”, asigură accesul prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice la rapoartele privind volumul medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate prescrise și eliberate, sumele financiare valorificate per prestator, inclusiv filialele acestora, precum și per medic/farmacist.

[Anexa nr. 1 în redacția HG8 din 10.01.24, MO20-23/18.01.24 art.24; în vigoare 01.04.24]

Anexa nr. 2

la Hotărârea Guvernului nr.106/2022

CRITERII DE CONTRACTARE

a prestatorilor de servicii farmaceutice în sistemul

asigurării obligatorii de asistență medicală

I. DISPOZIȚII GENERALE

1. Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii farmaceutice în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare – *criterii de contractare*) au ca scop încadrarea în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală a prestatorilor de servicii farmaceutice (în continuare – *prestatori*) care întrunesc condițiile reglementate pentru contractarea acestora de către Compania Națională de Asigurări în Medicină.

2. Aplicarea criteriilor de contractare a prestatorilor determină asigurarea prestării calitative a serviciilor farmaceutice și garantarea accesibilității populației la medicamente și dispozitive medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală în condiții de ambulatoriu.

3. Criteriile de contractare a prestatorilor în cadrul sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală se bazează pe următoarele principii:

1) obligativitatea respectării cadrului normativ în procesul aplicării criteriilor de contractare;

2) aplicarea echitabilă a criteriilor de contractare;

3) transparența rezultatelor aplicării criteriilor de contractare;

4) asigurarea egalității în drepturi a prestatorilor în procesul aplicării criteriilor de contractare.

II. CONDIȚII GENERALE DE CONTRACTARE

A PRESTATORILOR DE SERVICII FARMACEUTICE

4. Contractarea prestatorilor se efectuează de către agențiile teritoriale ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (în continuare - *agenții teritoriale*) conform teritoriului arondat, indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de organizare, conform prezentelor criterii de contractare.

5. Pentru a fi eligibil contractării de către Compania Națională de Asigurări în Medicină, prestatorii urmează să întrunească, concomitent, următoarele condiții:

1) cererea depusă conform modelului aprobat prin Ordinul directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr. 18-A/2021;

2) actele de activitate/permissive prezentate de prestator - valabile, prevăzute în Nomenclatorul actelor permissive, aprobat prin Legea nr. 160/2011.

6. Etapele de contractare a prestatorului sunt următoarele:

1) depunerea cererii și a actelor de activitate/permissive (în continuare - *dosar*), conform listei aprobate prin ordin al directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, publicat pe pagina web oficială a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină în termen de cinci zile lucrătoare de la data aprobării/modificării;

2) completarea și depunerea chestionarului de autoevaluare a criteriilor de eligibilitate a prestatorului, conform modelului aprobat prin ordin al directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, publicat pe pagina web oficială a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină în termen de cinci zile lucrătoare de la data aprobării/modificării;

3) examinarea dosarului de către agenția teritorială;

4) examinarea chestionarului de autoevaluare a prestatorului și atribuirea punctajului de către agenția teritorială, conform procedurii aprobate prin ordin al directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, publicat pe pagina web oficială a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină în termen de cinci zile lucrătoare de la data aprobării/modificării;

5) încheierea contractului între Compania Națională de Asigurări în Medicină și prestator;

6) notificarea prestatorilor privind respingerea cererii de contractare.

7. După depunerea cererii și a dosarului de către prestator, agenția teritorială verifică prezența în dosarul depus a documentelor obligatorii pentru contractare, constată conformitatea și valabilitatea actelor permissive și verifică completarea formularelor din dosar.

8. În cazul în care se atestă lipsa unor acte sau necorespunderea acestora cerințelor înaintate, agenția teritorială informează prestatorul despre neconformitățile constatate, cu solicitarea prezentării actelor lipsă/remedierii neajunsurilor. Termenul-limită de prezentare de către prestator a informației suplimentare/corectate este de cinci zile lucrătoare de la data notificării.

9. În cazul neprezentării de către prestator a informației solicitate în termenele stabilite, agenția teritorială notifică prestatorului respingerea cererii de contractare, cu indicarea motivului respingerii.

10. În urma verificării și acceptării dosarului, agenția teritorială examinează chestionarul (chestionarele) de autoevaluare a prestatorului, cu atribuirea punctajului corespunzător datelor din chestionar.

11. În cazul neacumulării punctajului pentru contractarea prestatorului, agenția teritorială notifică prestatorului necesitatea remedierii neajunsurilor și depunerii repetate a chestionarului de autoevaluare.

12. La întrunirea tuturor criteriilor de contractare, agenția teritorială semnează cu prestatorul contractul privind eliberarea medicamentelor și/sau dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală. În cazul neîntrunirii criteriilor de contractare, agenția teritorială notifică prestatorului respingerea cererii de contractare, cu indicarea motivului respingerii.

13. Pe parcursul valabilității contractului, agenția teritorială monitorizează valabilitatea actelor de activitate/permissive și, cu 30 de zile calendaristice înainte de expirarea termenului de valabilitate al acestora, informează prestatorul despre necesitatea actualizării actelor al căror termen urmează să expire și notifică prestatorului rezoluțiunea contractului în cazul neprezentării actelor solicitate până la data expirării actelor incluse în dosar.

[Anexa nr.3 modificată prin HG8 din 10.01.24, MO20-23/18.01.24 art.24; în vigoare 01.04.24]